



Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,

Herr/ Frau

Geb. am

Wohnhaft in

entbinde hiermit das MVZ Humangenetik Ulm

Name: MVZ Humangenetik Ulm

Anschrift: Karlstr. 31. 89073 Ulm

Fax: 0731 938 098 69

von seiner ärztlichen Schweigepflicht

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Laborergebnisse übermittelt werden.

Ort, Datum
Vertreter/in

Unterschrift Patient/ bzw. gesetzlicher

An: die Praxis: _____

das Krankenhaus: _____

Faxnummer: _____

MVZ Humangenetik Ulm

Karlstr. 31

89073 Ulm

Tel: 0731 938 098 0

Fax: 0731 938 098 69

Email: labor@mvz-labor-ulm.de

